

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

1. LAST NAME—FIRST NAME—MIDDLE NAME GARCIA, CRISPIN LUCIO			2. GRADE AND COMPONENT OR POSITION		3. IDENTIFICATION NO.	
4. HOME ADDRESS (Number, street or RFD, city or town, zone and State)			5. PURPOSE OF EXAMINATION —		6. DATE OF EXAMINATION 11 OCT 60 REVIEW	
7. SEX M	8. RACE W	9. TOTAL YEARS GOVERNMENT SERVICE MILITARY CIVILIAN		10. AGENCY	11. ORGANIZATION UNIT	
12. DATE OF BIRTH 5-23-34		13. PLACE OF BIRTH CUBA		14. NAME, RELATIONSHIP, AND ADDRESS OF NEXT OF KIN		
15. EXAMINING FACILITY OR EXAMINER, AND ADDRESS				16. OTHER INFORMATION		
17. RATING OR SPECIALTY				TIME IN THIS CAPACITY (Total)		LAST SIX MONTHS

CLINICAL EVALUATION		ABNOR- MAL
(Check each item in appropriate column; enter "NE" if not evaluated)		
<input checked="" type="checkbox"/>	18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP	
<input checked="" type="checkbox"/>	19. NOSE	
<input checked="" type="checkbox"/>	20. SINUSES	
<input checked="" type="checkbox"/>	21. MOUTH AND THROAT	
<input checked="" type="checkbox"/>	22. EARS—GENERAL (Ind. & ext. canals) (Auditory acuity under items 70 and 71)	
<input checked="" type="checkbox"/>	23. DRUMS (Percussion)	
<input checked="" type="checkbox"/>	24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 38, 40 and 41)	
<input checked="" type="checkbox"/>	25. OPHTHALMOSCOPIC	
<input checked="" type="checkbox"/>	26. PUPILS (Equality and reaction)	
<input checked="" type="checkbox"/>	27. OCULAR MOTILITY (Associated paralytic movements, nystagmus)	
<input checked="" type="checkbox"/>	28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)	
<input checked="" type="checkbox"/>	29. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	
<input checked="" type="checkbox"/>	30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	
<input checked="" type="checkbox"/>	31. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)	
<input checked="" type="checkbox"/>	32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulas) (Prostate, if indicated)	
<input checked="" type="checkbox"/>	33. ENDOCRINE SYSTEM	
<input checked="" type="checkbox"/>	34. G-U SYSTEM	
<input checked="" type="checkbox"/>	35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)	
<input checked="" type="checkbox"/>	36. FEET	
<input checked="" type="checkbox"/>	37. LOWER EXTREMITIES (Strength, range of motion)	
<input checked="" type="checkbox"/>	38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL	
<input checked="" type="checkbox"/>	39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	40. SKIN, LYMPHATICS	
<input checked="" type="checkbox"/>	41. NEUROLOGIC (Equilibrium tests under item 78)	
<input checked="" type="checkbox"/>	42. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)	
<input checked="" type="checkbox"/>	43. PELVIC (Females only) (Check how done)	
		<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTES. (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item number before each comment. Continue in item 73 and use additional sheets if necessary.)

44. DENTAL (Place appropriate symbols above or below number of upper and lower teeth, respectively.)

O—Restorable teeth
I—Nonrestorable teeth

X—Missing teeth
XXX—Replaced by dentures

(B.N.S.)—Fixed bridge, brackets to include abutments

R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L
I	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	E
G																	F
H																	T
T																	

REMARKS AND ADDITIONAL DENTAL DEFECTS AND DISEASES

None

45. URINALYSIS: A. SPECIFIC GRAVITY 1.016		46. CHEST X-RAY (Place, date, film number and result) Normal 28 Sep 60 - 80	
B. ALBUMIN neg	D. MICROSCOPIC neg	49. BLOOD TYPE AND RH FACTOR A+ 48%	
C. SUGAR neg	48. EXG neg	50. OTHER TESTS	
47. SEROLOGY (Specify test used and result) neg VDRL 9 Oct 60			

BEST COPY AVAILABLE

Approved for Release
Date **1997**

(55) AA-1

MEASUREMENTS AND OTHER FINDINGS																					
51. HEIGHT 5.6		52. WEIGHT 141		53. COLOR HAIR Black		54. COLOR EYES Brown		55. BUILD: <input type="checkbox"/> SLIMDER <input checked="" type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> HEAVY <input type="checkbox"/> OBESE			56. TEMPERATURE 98.6										
57. BLOOD PRESSURE (.Arm at heart level)						58. PULSE (.Arm at heart level)															
A. SITTING SYS. 115 DIA. 70		B. RECUM-BENT SYS. 115 DIA. 70		C. STANDING (3 min.) SYS. 115 DIA. 70		A. SITTING 115 70		B. AFTER EXERCISE 108		C. 2 MIN. AFTER 72		D. RECUMBENT 72		E. AFTER STANDING 3 MIN. 72							
59. DISTANT VISION						60. REFRACTION						61. NEAR VISION									
RIGHT 20/20		CORR. TO 20/		BY		S.		OX		CORR. TO		BY									
LEFT 20/20		CORR. TO 20/		BY		S.		OX		CORR. TO		BY									
62. METEOROPHORIA (Specify distance)																					
ES°		EX°		R. H.		L. H.		PRISM DIV.		PRISM CONV. CT		PC		PO							
63. ACCOMMODATION						64. COLOR VISION (Test used and result)						65. DEPTH PERCEPTION (Test used and score)		UNCORRECTED							
RIGHT Normal						Normal								CORRECTED							
LEFT Normal																					
66. FIELD OF VISION						67. NIGHT VISION (Test used and score)						68. RED LENS TEST		69. INTRAOCULAR TENSION							
						Normal - Observed								Normal							
70. HEARING						71. AUDIOMETER						72. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMOTOR (Tests used and score)									
RIGHT WY		15/15 SV		15/15		750 Hz		500 Hz		1000 Hz		2000 Hz		3000 Hz		4000 Hz		6000 Hz		8000 Hz	
LEFT WY		15/15 SV		15/15		RIGHT															
						LEFT															
73. NOTES (Continued) AND SIGNIFICANT OR INTERVAL HISTORY																					
None																					

(Use additional sheets if necessary)

74. SUMMARY OF DEFECTS AND DIAGNOSES (List diagnoses with item numbers)

None

75. RECOMMENDATIONS—FURTHER SPECIALIST EXAMINATIONS INDICATED (Specify)

None

77. EXAMINEE (Check)

- A. ☒ IS QUALIFIED FOR
B. ☐ IS NOT QUALIFIED FOR

78. IF NOT QUALIFIED, LIST DISQUALIFYING DEFECTS BY ITEM NUMBER

79. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

Alex. G. TOTH M.D.

SIGNATURE

Alex. G. TOTH

80. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

SIGNATURE

81. TYPED OR PRINTED NAME OF DENTIST OR PHYSICIAN (Indicate which)

SIGNATURE

82. TYPED OR PRINTED NAME OF REVIEWING OFFICER OR APPROVING AUTHORITY

SIGNATURE

700.750

NUMBER OF AT-TACHED SHEETS

5. (continúa)

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Par.
	X	Afecciones de la piel	
	X	Afecciones de la garganta	
		Reumatismo (artritis)	Padre
	X	Asma, fiebre de heno, urticaria	
	X	Epilepsia (ataques)	
	X	Muerte por suicidio	
	X	Demencia	

¿Ha padecido o padece usted alguna de las siguientes causas? Marque con X en la columna "Sí" o "No," a la izquierda.

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Sí	No	(Conteste en todos los casos)
	X	Escarlatina, erisipela		X	Sinusitis
	X	Difteria		X	Fiebre de heno
	X	Fiebre reumática		X	Bocio
	X	Coyunturas hinchadas o adoloridas		X	Tuberculosis
	X	Parotiditis contagiosa		X	Sudores excesivos (Sudores nocturnos)
	X	Tos ferina		X	Asma
	X	Dolor de cabeza frecuente o fuerte		X	Falta de respiración
	X	Vértigo o síncope		X	Dolor o presión en el pecho
	X	Afecciones de los ojos		X	Tos crónica
	X	Afecciones de nariz, oído o garganta		X	Palpitación del corazón
	X	Supuración de los oídos		X	Presión sanguínea alta o baja
	X	Catarro crónico o frecuente		X	Calambre de las piernas
	X	Afecciones severas de la dentadura o las encías		X	Indigestión frecuente

7. (continuación)

Si	No				(Conte... todo)
		Afecciones de los ojos			Parálisis de brazo, pierna, o de la mano o del pie
	X	Cálculo biliar o afecciones de la vesícula		X	Hombro, codo, adolorido o dislocable
	X	Ictericia		X	Brazo dislocable o no tesa
	X	Reacción a sueros, drogas o medicamentos		X	Afecciones de los pies
	X	Tumor, quiste o cáncer		X	Neuritis
	X	Hernia		X	Parálisis (incluso infantil)
	X	Apendicitis		X	Epilepsia o ataques
	X	Hemorroides o afecciones del recto		X	Mareo en coche, tren, vapor o avión
	X	Micción frecuente o dolorosa		X	Pérdida frecuente de sueño
	X	Cálculo renal u orina sanguinolenta		X	Pesadillas frecuentes o espantosas
	X	Ardor o albúmina en la orina		X	Depresión o excesiva ansiedad
	X	Diviesos		X	Pérdida de la memoria, amnesia
	X	Enfermedades venéreas		X	Orinar en la cama
	X	Aumento o pérdida reciente de peso		X	Cualquier afección nerviosa
	X	Artritis o reumatismo		X	Adicción cualquiera a drogas o narcóticos
	X	Deformidad ósea o de las coyunturas		X	Estrididad
	X	Cojera		X	Tendencia homosexual

8. Marque "Si" o "No" si alguna vez ha hecho o le ha sucedido lo siguiente:

Si	No		Si	No	
		Usado anteojos (gafas)			Tratado de suicidarse
		Usado un ojo postizo			Sido sorábulo
		Usado un acústico (para sordera)			Vivido con un tuberculoso
		Tartamudeado			Escupido sangre
		Usado un soporte para la espalda			Sangrado en exceso por herida o extracción

9. ¿Cuántos empleos ha tenido en los últimos tres años?

20. ¿Ha sido alguna vez que ha perdido el empleo en el ejército?

21. ¿A qué se dedica usted normalmente?

Piloto

12. ¿Es usted derecho?

Si No

13. Marque "Si" o "No" en cada caso a continuación. Si contesta "Si" explique con detalles en el espacio a la derecha.

Si No

		14. ¿Ha tenido que dejar algún empleo por
	X	a. ser sensible a agentes químicos, polvo, sol, etc.?
	X	b. no poder hacer ciertos movimientos?
	X	c. no poder asumir ciertas posiciones?
	X	d. otras razones médicas? En tal caso, dígalas.
	X	15. ¿Ha trabajado con sustancias radiactivas?
	X	16. ¿Tuvo dificultades con sus estudios o profesores? Explique.
	X	17. ¿Le ha sido negado empleo por motivos de salud? Explique.
	X	18. ¿Le ha sido rehusado seguro de vida? En tal caso dé los motivos y explique.
	X	19. ¿Ha tenido o le han aconsejado operación quirúrgica? En tal caso, diga causa y a qué edad.
	X	20. ¿Ha estado internado voluntaria o involuntariamente en un manicomio u hospital mental? Si lo ha estado, diga dónde, cuándo, por qué, nombre del médico y dirección completa del hospital o clínica.
	X	21. ¿Ha tenido enfermedades o heridas aparte de las ya dichas? En tal caso, diga dónde, cuándo y explique.